Consentimiento y Autorización del Paciente para el Programa de Apoyo ForgingBridges®

Attruby® (acoramidis) 356 mg tablet

forging bridges®

Para participar en ForgingBridges y comenzar a recibir los beneficios del programa, los pacientes deben revisar cuidadosamente la información a continuación y firmar donde se indique si aceptan dar su consentimiento para inscribirse en el programa y autorizar a compartir su información médica protegida (Protected Health Information, PHI). Una vez que el paciente haya firmado, los médicos prescriptores deben imprimir el formulario y enviarlo por fax al **1-877-738-0545**.

Tenga en cuenta: Se requiere la firma del paciente para la inscripción en ForgingBridges.

Lea atentamente el siguiente consentimiento y autorización, y si está de acuerdo, firme y feche donde se indica a continuación. Puede conservar una copia de este formulario para sus registros.

Consentimiento del paciente para el Programa de Apoyo ForgingBridges

Al firmar a continuación, acepto los términos y condiciones para mi inscripción en el Programa de Apoyo ForgingBridges (el "Programa"). Autorizo a BridgeBio Pharma Inc. ("BridgeBio"), el patrocinador del Programa y sus filiales, socios comerciales, proveedores y otros agentes a que me presten servicios para los que soy elegible en virtud del Programa. Esto puede incluir comunicaciones y apoyo a la medicación y el cumplimiento terapéutico, apoyo al cumplimiento y a la dispensación de medicamentos, cobertura de seguro y apoyo financiero, educación sobre enfermedades y medicamentos, y otros servicios de apoyo ofrecidos ahora o en el futuro. Como parte de las ofertas del Programa, acepto los términos de inscripción en el Programa de Asistencia con Copagos, si soy elegible. Si solicito el Programa de asistencia al paciente, autorizo al Programa a obtener un informe sobre mis ingresos individuales de las agencias de notificación de consumidores y a utilizar la información que yo proporcione como fuente para verificar los datos de este formulario a fin de determinar si soy elegible para recibir medicación gratuita. Entiendo que, a petición mía, el Programa me proporcionará el nombre y la dirección de la agencia de notificación para consumidores que presenta dicho informe para consumidores. Autorizo a BridgeBio a que se ponga en contacto conmigo por correo postal, teléfono o correo electrónico, y si doy mi consentimiento a continuación, también mediante mensajes de texto relativos a: i) servicios del Programa; ii) información sobre los productos de BridgeBio; iii) promociones; iv) estudios de investigación; v) mi opinión sobre dicha información y temas; vi) investigaciones de mercado; y vii) encuestas relacionadas con la enfermedad. Además, autorizo a BridgeBio a desidentificar mi información y utilizarla para llevar a cabo estudios de investigación, educación, análisis comerciales y de marketing u otros fines comerciales. Entiendo que no tengo que inscribirme en el Programa y que aún podré recibir mi medicación según lo prescrito por mi médico. Puedo optar en cualquier momento por no recibir los servicios individuales ofrecidos por el Programa o puedo elegir dejar de recibirlos por completo si notifico a un representante del Programa al 1-888-55-BRIDGE (1-888-552-7434) o a ForgingBridges en PO Box 15600, Pittsburgh, PA 15244. Entiendo que BridgeBio puede cambiar o interrumpir una parte o la totalidad del Programa en cualquier momento.

Autorización a ForgingBridges para compartir PHI

Al firmar a continuación, autorizo a mis profesionales de atención médica y al personal médico, mis farmacias, y mis seguros médicos a divulgar a BridgeBio Pharma Inc. y sus filiales, socios comerciales, proveedores, y otros agentes implicados en el Programa de Apoyo ForgingBridges (el "Programa") información que me identifica, incluida (i) mi información de contacto; (ii) mi información médica, como información sobre mi afección médica y tratamiento; (iii) seguros de salud y reclamaciones de cobertura; y (iv) información sobre el cumplimiento de las recetas (en conjunto, mi "Información"), para facilitar mi recepción de beneficios del Programa. Además, autorizo al Programa a utilizar mi Información y a comentarla con mis profesionales de atención médica y seguros médicos, según sea necesario para inscribirme en programas de apoyo, prestar servicios y llevar a cabo la garantía de calidad y otras actividades administrativas, y a fin de ponerse en contacto conmigo por correo postal, teléfono, correo electrónico, y si doy mi consentimiento a continuación, también por mensaje de texto, en relación con i) Servicios del Programa; ii) información sobre los productos de BridgeBio; iii) promociones; iv) estudios de investigación; v) mi opinión sobre dicha información y temas; vi) investigación de mercado; y vii) encuestas relacionadas con la enfermedad. Además, autorizo a BridgeBio a desidentificar mi información y a utilizar la información anonimizada para llevar a cabo estudios de investigación, educación, análisis comerciales y de marketing u otros fines comerciales. Entiendo que, una vez que mi Información se haya divulgado al Programa, es posible que ciertas leyes federales de privacidad ya no protejan la posterior divulgación de la Información. Sin embargo, también entiendo que BridgeBio tiene la intención de utilizar y divulgar mi Información solo para los fines a los que se hace referencia en esta autorización o según lo requiera o permita la ley. Entiendo que la farmacia que dispensa mi medicamento puede recibir un pago de BridgeBio a cambio de mi información y/o de proporcionarme servicios de apoyo en relación con el Programa. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para obtener tratamiento médico de mis profesionales de atención médica, ser elegible para los beneficios del seguro médico o para obtener los medicamentos de BridgeBio. Sin embargo, si no firmo esta autorización, entiendo que no podré participar en el Programa. Entiendo que esta autorización caduca 10 años después de la fecha de firma a continuación, o antes, según lo requiera la legislación estatal o local, y hasta que cancele esta autorización antes de ese momento. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento llamando al 1-888-55-BRIDGE (1-888-552-7434) o escribiendo a ForgingBridges en PO Box 15600, Pittsburgh, PA 15244. Entiendo que la cancelación de esta autorización no invalidará ningún uso y divulgación de mi información realizada en virtud de la autorización antes de la recepción de la cancelación por parte de ForgingBridges. Entiendo que puedo solicitar una copia firmada de esta autorización.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del paciente: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono móvil: _____

Nombre del médico: _____

☐ Al marcar esta casilla, acepto recibir comunicaciones (por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico) de un Coordinador de acceso de pacientes (Patient Access Liaison, PAL).

FIRMAR Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Si lo firma el representante autorizado del paciente:

Nombre del representante autorizado del paciente: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono móvil: _____

☐ Al marcar esta casilla, acepto recibir comunicaciones (por teléfono, texto o correo electrónico) de ForgingBridges y un Coordinador de acceso de pacientes (Patient Access Liaison, PAL) en nombre de _____

Firma del representante autorizado del paciente: _____

Fecha: _____

¿Tiene preguntas? Llame a ForgingBridges al **1-888-55-BRIDGE (1-888-552-7434)** de lunes a viernes, de 8:00 AM a 8:00 PM, hora del Este, o visite ForgingBridges.com

☐ **Consentimiento de comercialización (opcional):** al marcar esta casilla, acepta compartir sus datos de contacto y cierta información médica con BridgeBio, sus filiales y empresas que trabajan con BridgeBio o sus filiales (colectivamente, "BridgeBio"). Usted autoriza a BridgeBio a ponerse en contacto con usted por correo postal, correo electrónico, teléfono, fax, mensaje de texto (incluido el automarcado/mensajes pregrabados) o medios digitales con fines de comercialización sobre productos, servicios u ofertas de BridgeBio. Este consentimiento de comercialización no es necesario para comprar productos o participar en el programa ForgingBridges. Puede optar por no participar en cualquier momento. Consulte nuestra Política de privacidad para obtener más información.

Haga clic aquí para ver los términos y condiciones del Programa de Apoyo ForgingBridges.

bridgebio

©2025 BridgeBio Pharma, Inc. Todos los derechos reservados. Attruby®, el logotipo de Attruby, ForgingBridges®, el logotipo de ForgingBridges y el logotipo corporativo de BridgeBio Pharma, Inc. son marcas comerciales de BridgeBio Pharma, Inc. MAT-US-ACO-1345 V1